

**APLICACION PARA FONDOS DE PERMISO POR ENFERMEDAD
DEL CONDADO DE WEBB**

Yo _____, **DESEO**, participar en Los Fondos de Permiso Por Enfermedad para el año Fiscal del 2006-2007.

NOMBRE _____ DEPARTAMENTO _____

S.S.# _____ DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ # de ID del EMPLEADO _____

CONTRIBUCION A LOS FONDOS DE PERMISO POR ENFERMEDAD

El empleado puede contribuir no menos que 8 horas y no mas que 40 horas por ano fiscal

Total de horas de permiso por enfermedad acumulados _____

Total de horas de permiso por enfermedad contribuidas _____

Balance de horas de permiso por enfermedad _____

Yo _____, **NO DESEO**, participar en Los Fondos de Permiso Por Enfermedad para el año Fiscal del 2006-2007.

NOMBRE _____ DEPARTAMENTO _____

S.S.# _____ DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ # de ID del EMPLEADO _____

Firma

Fecha

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Administrador

Fecha